Commission on the
Future of Health Care
in Canada

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

DISCUSSION PAPER

Access to Healthcare in Canada

MAY 2002

This paper is one of a series of nine public discussion documents designed to help Canadians make informed decisions about the future of Canada's healthcare system. Each of these research-based papers explores three potential courses of action to address key healthcare challenges. Canada may choose to pursue some, none, or all of these courses of action; in addition, many other options are available but not described here. These research highlights were prepared for the Commission on the Future of Health Care in Canada, by the Canadian Health Services Research Foundation.

Thank you for your interest in shaping the future of Canada's healthcare system.

This discussion document and survey on Access to Healthcare is one of a series of nine such documents the Commission on the Future of Health Care in Canada has developed in partnership with the Canadian Health Services Research Foundation. They were designed to enable Canadians to be better informed about some of the key challenges confronting their health care system and to express their preferences on proposed solutions. We have worked hard to summarize relevant, factual information and to make it as balanced and accessible as possible.

Each of our nine documents follows an identical format. We begin by briefly summarizing a particular health issue. Next, we identify three possible courses of action to address the issue and their respective pros and cons. Last, we ask you to complete a brief survey relating to the courses of action.

To make it easier to provide us with your responses, the survey questions are included on the final pages of this document. Please detach and forward these pages to us by fax at: (613) 992-3782, or by mail at:

Commission on the Future of Health Care in Canada
81 Metcalfe, Suite 800
Ottawa, Ontario
Canada K1P 6K7

You can also complete the survey on-line through our interactive website at: www.healthcarecommission.ca.

There are no "right" or "wrong" answers, and the results are intended to be informational only. They are designed to illustrate how each person's response fits within the context of others who have responded, not to have scientific validity in and of themselves. The survey results are only one of many ways the Commission is studying and analyzing this issue. To order other titles in this series, please write to us at the address above, or call 1-800-793-6161. Other titles include:

- Homecare in Canada
- Pharmacare in Canada
- Sustainability of Canada's healthcare system
- Consumer choice in Canada's healthcare system
- The Canada Health Act
- Globalization and Canada's healthcare system
- Human resources in Canada's healthcare system
- Medically necessary care: what is it, and who decides?

We are grateful for your contribution to shaping Canada's healthcare system and hope that this document will be as informative to you, as we know your survey responses will be valuable to us.

Sincerely,

Roy Romanow

Roy Romanow

Access to Healthcare in Canada

The accessibility of healthcare services is one of our major preoccupations. The media is full of stories about long waits for surgery and other specialist care, and hospitals, with patients lying on stretchers in the hallways, turning ambulances away from the door.

The facts, however, are notoriously slippery. There's little hard evidence on how long people wait for care and what impact that has on their health.

Under the Canada Health Act we're supposed to have universal access to health services, but too often we don't. Many services fall outside medicare coverage, so some people can't afford them. In other cases, the services are available; we just have to wait for them — sometimes longer than we'd like. Some people live far from the big cities where much of the care is delivered. Others face language or cultural barriers that make it harder to obtain the care they need.

With a problem so complex, there can be no single or simple solution. This paper focuses on three of the many potential courses of action for Canada. They are:

I. Central management of waiting lists — Canadians generally receive prompt care for urgent conditions. But many fear long waits for elective procedures may hurt their health. Could we manage waiting lists better to make sure that the sickest patients get to the front of the line, and nobody waits too long?

II. A bill of rights for patients — More and more, patients are becoming "healthcare consumers" who have certain expectations of the system they support through taxes, premiums and out-of-pocket purchases. Some jurisdictions are developing bills of rights to clarify the relationships between patients, providers and the healthcare establishment. Could a bill of rights improve consumer access to health services?

III. Complementary and alternative medicine — Is it fair to spend most of our medicare dollars on services typically delivered by doctors and hospitals? In light of the growing popularity of complementary and alternative medicines, would it make sense to expand medicare coverage to a broad range of products and services now largely outside the conventional medical system?

Waiting Lists

Canadians worry that waiting lists are growing, that waiting times are too long, and that services may not be available when they need them. Emergency and urgent care are usually provided right away, but waiting times for planned procedures such as a hip replacement are shrouded in mystery.

That's because most specialists create their own waiting lists, so there may be hundreds of lists for any given health procedure. Some are long, some short; some move quickly, others slowly. Each specialist judges whom to include, and in what order of priority.

Without a single co-ordinated list, we don't know who is waiting and for how long. Patients and their family doctors usually don't know which specialist to choose to get care quickly. We do know that different people who are equally sick wait different lengths of time for the same service: waiting for a hernia operation in Saskatoon might take you a week or a year, depending not on how urgent your case is, but to which doctor you are sent.

We could reduce waiting lists by having a lot of extra capacity in the health system, but it would be costly. In fact, a short wait isn't necessarily bad; if the date is booked, uncertainty is removed and patients have time to get their affairs in order and prepare for the treatment. A waiting list can even be a good thing if it means those with a more urgent need get care before people who are less sick.

The problem is, we don't co-ordinate our waiting lists. That means we don't know if people are waiting too long and we can't ensure those who are sickest get to the front of the line. We don't know if the amount of service provided and the amount needed are mismatched, or if we're just not operating efficiently. We don't even know if waiting times are really as bad as people think. When three provinces studied waiting lists in the 1990s none found waits much longer in 1998 than in 1992-93. However, more recent evidence from one province suggests waits may be slowly on the rise. Until waiting lists are better managed, we can't be sure.

Course of action: Waiting lists for healthcare should be centralized and then coordinated by regional or provincial authorities, not by individual providers or institutions.

Patients are often put on waiting lists for "elective" care: it's medically necessary, but not an emergency. If we managed waiting lists centrally, everyone in a province or region waiting for the same treatment would be tracked on one list. Physicians would use standard, objective measures to assess if the patient would benefit from the treatment, and how urgent the need was (considering risk of death, pain and disability, impact on their lives). Maximum waiting times would be set for each level of urgency. The list would be managed to make sure no one waited longer than the maximum and that the most urgent cases were treated first. Patients would be monitored and moved up or down the list as changes to their health required. The outcomes of both waiting and treatment would be measured.

A centralized management system can let patients and doctors choose between a preferred specialist with a longer waiting time or the next available provider. In either case, they know about how long they'll have to wait, and can make an informed choice.

The primary model for managed centralized waiting lists is the Cardiac Care Network of Ontario. It was launched in response to public concerns that heart patients were dying while waiting for care. Yet there was not enough reliable information available to know if that was true. Investigation showed that not only had waiting times for coronary artery bypass surgery in Ontario greatly increased, they also varied enormously, from 30 days in one city to 73 days in another. After the network was introduced, waits for coronary artery bypass surgery shortened. As well, sicker people got to the front of the line. The network's approach is being built on by the Western Canada Waiting List Project, which is developing tools to manage waiting lists for a number of procedures.

ARGUMENTS FOR

Proper centralized management of waiting lists can eliminate unfairness. Objective criteria to include and rank patients, combined with monitoring of people on the list, means more urgent cases go first and the list includes only those it should.

The Cardiac Care Network successfully reduced waiting times. Waits for adult cardiac surgery in 1999-2000 were lower than in any of the previous six years. Average wait times that year were 34 days for elective patients (compared to 62 in 1995), eight days for semi-urgent cases (down from 13 in 1995) and three days for those ranked urgent (which was the same as 1995).

Just adding more money doesn't fix waiting lists in the long run. Sometimes adding more resources even makes lists grow, because if doctors think waiting lists are shorter, they may take patients they would not have considered sick enough to treat in a more financially stressed system. In addition, when new money is used to get rid of a backlog, more urgent patients recently added to the list may have to wait while less-sick patients who have waited longer are treated.

Centralized waiting lists can provide the information needed for good planning and management. Governments, health authorities and hospitals can invest money where it will make the most difference.

ARGUMENTS AGAINST

Successful management of waiting lists requires additional money for administration and probably also for patient care. The Cardiac Care Network costs $1.75 million a year to administer, money that might otherwise be spent directly on patient care. In addition, most managed waiting lists have led to more money for care; without it they might not have been so effective. At the very least, extra money clears backlogs so central waiting lists can get off to a good start. Furthermore, care that is easy to track on waiting lists can get a higher profile and pull money from less-easily measured, but equally important types of care.

We don't know if the success of the Cardiac Care Network can be repeated in other provinces and other services. The state of cardiac care in Ontario in the 1990s may have been unique. Did the network succeed because of centralized management of waiting lists, good partnerships, more money, or because cardiac care lends itself to such a system? Experts believe all these factors played a part. The Western Canada Waiting List project found it more difficult to create standard measures for diagnostic services like MRI.

Relying solely on standardized approaches may be too rigid. Some people will be exceptions to the rules. If physicians find "objective" measures of priority don't allow for occasional over-ruling by clinical judgement and other factors, their confidence in the system will be undermined.

Value-laden issues may be unresolvable. Non-medical factors, like age or employment status, are considered when people are put on a waiting list (should a single parent get care faster than a retired person?). Centralized waiting lists can also lead to fears that governments will ration care by arbitrarily deciding how sick people have to be before they get treated. At the same time, managing waiting lists may force us to make some tough decisions about which condition will get priority in the healthcare system. The best management system in the world may be rejected by doctors and patients alike if they are not happy with the way it handles these issues.

SURVEY QUESTIONS

Please refer to page 11 for the survey questions for this section.

A Patients' Bill of Rights

In today's information-rich society, where patients are apt to see themselves as "healthcare consumers" with options and rights, some jurisdictions are setting down those rights in formal bills of rights or charters. These vary from vague pledges of quality care to legally enforceable performance standards. Most express shared values and sentiments about the healthcare system. Some — though by no means all — promise access to specific services within guaranteed time limits.

In Canada, patients already have significant rights under the Canada Health Act, including the right to a broad range of publicly funded health services. The courts have also been used to interpret and extend those rights. So what role would bills of patients' rights play in improving access to health services? Would they ensure faster and better care, or will we just see finger-pointing, jurisdictional squabbles and litigation?

New Brunswick is the first jurisdiction in Canada to consider a formal charter, which is still being drafted. While affirming people's right to medically needed care, the charter also reminds them of a duty to "live a healthy lifestyle." It gives no standards or wait-time guarantees, and neither the rights nor the responsibilities it outlines are legally enforceable. Instead, advocates will monitor the use of the charter and handle complaints. To give effect to the charter commitments, reforms to New Brunswick's system are also planned.

That charter is not yet in place, but others are. Nearly 30 years ago, the American Hospital Association adopted a bill of rights that promised patients respect, privacy, autonomy and a clear role in treatment decisions. The tendency of managed-care insurance plans in the U.S. to restrict choice and access to some services has led federal and state legislators to pass or consider bills of rights for patients.

In 1991, the United Kingdom experimented with a charter of rights for patients served under the public National Health Service (NHS). However, because the NHS had such profound problems, the government abandoned the charter and launched an ambitious 10-year reform plan. After a massive infusion of cash, the NHS has adopted a series of service commitments, including very specific maximum wait-time guarantees.

Course of action: All governments should agree to a common Patient's Bill of Rights that defines standards of care, including access guarantees.

New Zealand's 1996 code of rights for consumers of health and disability services could be a good model for Canada. The 10-point code sets out the rights of patients and the duties of all providers, including many (such as naturopaths) outside the medical mainstream.

The rights, however, are general. For instance, they include the right to respect, dignity, information and access to "services of an appropriate standard." This means health professionals must comply with legal, professional, ethical and other standards, and deliver services "with reasonable care and skill…in a manner that minimizes the potential harm to, and optimizes the quality of life of…consumer(s)."

The United Kingdom's 2000 National Health System Guide takes a more specific approach to patient rights. It guarantees maximum waiting times for health services: by 2005, NHS patients will wait no more than three months for an outpatient appointment and no more than six months for admission to hospital. For chest pain or suspected cancer, referrals will come within two weeks.

ARGUMENTS FOR

A bill of patient rights can convey a sense of fairness. Patients benefit from a clear statement of the services they can expect, and when and how those services will be delivered. When rights are set out in plain terms, particularly if they have the force of law, patients know they're protected and being treated fairly.

Patients dissatisfied with their health services can feel empowered. Bills of patient rights are typically backed by a range of enforcement mechanisms, such as ombudsmen, mediators and complaints commissioners. These give patients an easy and inexpensive alternative to going to court or complaining to a professional body if they have a problem with the care they've received.

Bills of patient rights can also serve an educational function. Listing patient rights (and, as in New Brunswick, their responsibilities as well) can help patients, providers and health administrators better understand what patients are entitled to, as well as the limitations of the healthcare system.

Effective patient bills of rights can help improve the healthcare system. Providers are given measurable standards for clinical care and health improvement. Publishing assessments of their performance on those standards can result in informed debate and keep governments accountable for system improvements.

ARGUMENTS AGAINST

A patient bill of rights doesn't cause change — cash does. The British experience demonstrated that a bill of rights, standing alone, is doomed to failure. Promises about delivery must be backed by mechanisms to turn promises into actions. In the case of the NHS, that has meant a gigantic overhaul of the system, including annual budget increases of 6.3 percent for 10 years.

A bill of rights may be too rigid. Providers, constrained by the rules and budgets of the health system — not to mention external factors, such as a bus crash in the area — may not be able to meet patient expectations, even with the best intentions.

Professionals may resist, especially if they were not involved in developing the bill of rights. Experience in New Zealand and the U.K. suggests healthcare providers may resist bills of rights. Some feel patient charters foster a culture of blame and a tendency to deliver services at the minimum standard, rather than constructive improvements and accountability. What's more, with their focus on individual rights, charters may undermine efforts to fix system-wide problems.

There is no evidence that a bill of rights needs to be common across Canada. Canada is so big, and resources vary so much among communities that standards for access would have to be set so low as to be meaningless.

SURVEY QUESTIONS

Please refer to page 11-12 for the survey questions for this section.

Complementary and Alternative Medicines and Providers

While the healthcare debate focuses largely on access to conventional services, another vast galaxy of health products and practices is being ignored. Known collectively as complementary and alternative medicine, they include products like herbs, vitamins and minerals, and practices such as chiropractic, naturopathy, homeopathy, massage, acupuncture, reflexology and traditional Aboriginal healing. They're considered complementary when they're used in addition to regular forms of healthcare, and alternative if they're used instead of it.

Some provinces now subsidize a few complementary and alternative therapies, but the coverage is uneven and limited. Would it make sense to extend full public medicare insurance? Would public funding improve access to these therapies, relieve pressure on mainstream medicine and improve the health of Canadians?

A 1997 survey found 70 percent of respondents felt complementary and alternative treatments should be covered by provincial health plans, although they were not asked where the funds should come from. Another study in the same year found 60 percent of respondents felt payment should be private. Most of those who favoured public funding argued the money should be redirected from other healthcare spending.

Opinions aside, what are the facts? We don't have many. We don't know, for instance, whether public funding would increase use of complementary and alternative treatments or whether it would affect use of other therapies such as drugs and surgery. We don't know whether access to non-conventional care is a problem; many people are already using it, even without medicare coverage (70 percent of Canadians reported using one or more natural health products in 1999, up from 56 percent just two years earlier and 25 percent had consulted a complementary or alternative practitioner). It's estimated that Canadians spend $3.8 billion a year on complementary and alternative medicine products, services and related items and use is equally popular among high- and low-income people.

Canadians with insurance coverage spend about the same on these treatments as those without. Provincial insurance plans offer piecemeal coverage for a few of the more established non-conventional treatments. There are no comprehensive figures on the nature and scope of private insurance coverage.

The economics of these therapies are puzzling because the science is far from conclusive. Some of these treatments have been around for millennia, but research on them is in its infancy. Most experts feel that until we have more proof these products and services are effective, assessing their value is nearly impossible and we need that proof before considering covering them under medicare.

Course of action: Complementary and alternative medicines and providers should be covered as part of the publicly funded healthcare system.

There is no model for comprehensive public coverage of complementary and alternative medicines because the lines are too blurred. However, if governments were to consider such a policy, a reasonable place to start would be with the professions that are regulated in some provinces now (which usually means they are licensed by a "college" that sets professional standards and handles patient complaints). These include chiropractors, osteopaths and massage therapists and naturopathic practitioners.

Complementary and alternative products could be covered by medicare — provided they were regulated and their safety and effectiveness had been proved. However, such a move isn't likely unless we first create an insurance program for conventional drugs, which aren't currently covered by the Canada Health Act.

ARGUMENTS FOR

Consumers should have equitable access to safe and effective therapies. Canadians often turn to complementary and alternative therapies when mainstream remedies don't work. As long as these treatments are safe and effective, they should be publicly supported. Existing insurance coverage is uneven; coverage under medicare would be consistent and fair.

Public funding requires regulation, which can improve access to complementary and alternative medicines. Canadians will benefit from regulations that require more consumer information, good manufacturing processes and professional standards for non-conventional care.

Public insurance coverage would bring complementary and alternative medicine providers closer to the healthcare mainstream. This would protect their right to practice, improve their career development opportunities, and ensure they meet proper standards for professionalism.

U.S. advocates for broader insurance coverage argue it makes good economic sense over the long term. Many of the therapies are less expensive than conventional treatments and it is argued that their focus on health maintenance can help prevent illnesses. American research suggests regular users of complementary and alternative care reduce their use of prescription medications and physicians. In a Canadian study, 18 percent of adults preferred to use a natural health product over conventional drugs.

ARGUMENTS AGAINST

The costs could be prohibitive. There has been no comprehensive analysis of the implications of full public funding of complementary and alternative medicines in Canada. U.S. research, however, suggests that insurance coverage leads to more visits to both conventional and alternative practitioners and in a Canadian study, 27 percent of consumers preferred to visit both doctors and alternative practitioners, which would not cut costs.

We can't agree on standards of proof for the effectiveness of complementary and alternative medicines. To justify a substantial investment of public funds, governments need credible proof that complementary and alternative medicine works. Critics point to the shortage of randomized clinical trials, the "gold standard" of Western medical evidence, which might demonstrate the merits of the treatments. The research that does exist is often inconclusive and by no means comprehensive. Proper scientific testing would also be very expensive.

Funding complementary and alternative medicines practice like conventional therapies could bring the two streams closer. But not all health practitioners, whether working in the mainstream or complementary and alternative medicine therapies, favour such integration. Complementary and alternative medicine still faces considerable suspicion from some Western physicians because of its lack of a scientific evidence base. For their part, some complementary and alternative practitioners fear integration will lead to dominance by mainstream medicine, and that their focus on "wellness" and patient involvement could be lost.

SURVEY QUESTIONS

Please refer to page 12 for the survey questions for this section.

Acknowledgements

This document was produced by the Canadian Health Services Research Foundation, in partnership with the Commission on the Future of Health Care in Canada. The topics and courses of action reflect key issues raised frequently in the Commission's consultations to date, for which the Foundation was able to find relevant research evidence to help inform the debate.

This document has been reviewed by the following experts for accuracy and fairness, but final responsibility lies with the Canadian Health Services Research Foundation:

Charles Wright
VP Medical & Academic Affairs, Vancouver General Hospital and
Professor, Health Care & Epidemiology, University of British Columbia

Heather Boon
Faculty of Pharmacy and Department of Health Policy, Management and Evaluation
University of Toronto

John McGurran
Health System Consulting & Project Management, and Project Director,
Western Canada Waiting List Project

A complete bibliography of the research used to prepare these documents can be found at www.healthcarecommission.ca.

SURVEY INSTRUCTIONS

Please detach the following page and forward to us by fax at:
(613) 992-3782

Or by mail at:
Commission on the Future of Health Care in Canada
81 Metcalfe, Suite 800
Ottawa, Ontario
Canada K1P 6K7

For information:
Call toll free at 1-800-793-6161
www.healthcarecommission.ca

Thank you

Survey Questions

For each of the following questions, please indicate your opinion by selecting the appropriate box.

Waiting Lists

	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
1. Centralized management of waiting lists for elective care will improve healthcare in Canada.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Government should increase healthcare spending in order to centrally manage waiting lists for elective care.	❑	❑	❑	❑	❑
3. Government should spend enough money to completely eliminate waiting lists, even though the system would then have a lot of unused resources much of the time.	❑	❑	❑	❑	❑
4. I would prefer to see the next available specialist rather than wait longer for a particular specialist.	❑	❑	❑	❑	❑
5. I would be willing to travel up to five hours to get faster care in another location.	❑	❑	❑	❑	❑
6. Do you believe that central authorities or individual doctors should manage waiting lists?	❑	❑	❑	❑	❑

A Patient's Bill of Rights

	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
1. A common Patient's Bill of Rights that defines standards of care, including access guarantees such as maximum waiting times for elective care, will improve healthcare in Canada.	❑	❑	❑	❑	❑
2. A Patient's Bill of Rights would raise public expectations for healthcare services to a level beyond that which the healthcare system could meet.	❑	❑	❑	❑	❑
3. Governments should only introduce a Patient's Bill of Rights once they have first added significant resources to the system and done extensive education with healthcare providers.	❑	❑	❑	❑	❑
4. A Patient's Bill of Rights should describe performance standards, or make explicit guarantees of timely treatment.	❑	❑	❑	❑	❑
5. A Patient's Bill of Rights should include patient responsibilities.	❑	❑	❑	❑	❑
6. Organizations in the health system should be measured against the targets in the Patient's Bill of Rights, and held accountable for meeting those targets.	❑	❑	❑	❑	❑

COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINES AND PROVIDERS

	Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
1. Covering complementary and alternative medicine under medicare will improve healthcare in Canada.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Which comes closest to your own view?					
Government should increase healthcare spending in order to cover complementary and alternative medicine under medicare.	❑	❑	❑	❑	❑
or					
People who want to use CAMs should pay for them themselves.	❑	❑	❑	❑	❑
3. Which comes closest to your own view?					
We need scientific proof that each CAM product and service works before paying for it through the healthcare system.	❑	❑	❑	❑	❑
or					
The healthcare system should pay for any product or service that healthcare practictioner organizations feel appropriate.	❑	❑	❑	❑	❑
4. Which comes closest to your own view?					
Doctors should be the only people licensed to provide CAMs services.	❑	❑	❑	❑	❑
or					
Practitioner organizations should decide who is licensed to provide CAMS.	❑	❑	❑	❑	❑
5. There have been times when I would have used a CAM, but it was too expensive.	❑	❑	❑	❑	❑

ANALYSIS INFORMATION

Please complete the following information for analysis purposes. Thank you.

Gender: ❑ Male ❑ Female

Age: ❑ under 18 ❑ 19-29 ❑ 30-49 ❑ 50-65 ❑ over 65

Province or Territory in which you reside: _____

Continued ...

Your annual household income from all sources before taxes is: (Optional)

Choose one:

❑ Less than $20000

❑ $20000 to $39999

❑ $40000 to $59000

❑ $60000 to $79000

❑ $80000 to $99000

❑ More than $100K

The highest level of schooling you have completed is: (Optional)

Choose one:

❑ Elementary School or less

❑ Secondary School

❑ Community College/CEGEP/Trade School

❑ Prof./Trade Certification

❑ Bachelor Degree

❑ Graduate Degree

Are you a healthcare professional? (Optional)

❑ Yes ❑ No

Approximately how many times in the last year have you personally used the healthcare system? (eg. seen a doctor or specialist, spent time in the hospital, received care in a hospital emergency room, etc.) (Optional)

Choose one:

❑ 0-3

❑ 4-6

❑ 7-9

❑ More than 10

Commission on the Future of Health Care in Canada
81 Metcalfe, Suite 800
Ottawa, Ontario
Canada K1P 6K7
Toll-Free 1-800-793-6161
www.healthcarecommission.ca

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

DOCUMENT DE TRAVAIL

L'accès aux soins de santé au Canada

MAI 2002

Ce document fait partie d'une série de neuf documents de travail conçus pour aider les Canadiens à prendre des décisions éclairées sur l'avenir du système de santé du Canada. Chacun de ces documents de recherche explore trois plans d'action pour faire face à d'importants défis en soins de santé. Le Canada peut choisir quelques-uns de ces plans d'action, comme il peut les adopter tous ou n'en retenir aucun. De nombreuses autres options sont aussi possibles, mais elles ne sont pas abordées ici. Ces points saillants de recherche ont été préparés pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Merci de l'intérêt que vous portez à l'avenir du système de soins de santé au Canada.

Ce document sur l'accès aux soins de santé au Canada, qui vise à la fois à donner et à recueillir de l'information, fait partie d'une série de neuf documents que la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a préparés en collaboration avec la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Tous ont été conçus de façon à permettre aux Canadiens d'être mieux renseignés sur quelques-uns des principaux défis à relever concernant le système de soins de santé et d'exprimer leurs préférences parmi les solutions proposées. Nous nous sommes efforcés de résumer les faits les plus pertinents tout en veillant à maintenir l'équilibre et l'accessibilité de l'information.

Les neuf documents se présentent tous de la même façon. Nous donnons d'abord un bref aperçu de la question à considérer. Nous proposons ensuite trois voies qu'il est possible de suivre, en précisant les avantages et les inconvénients. Enfin, nous vous demandons de répondre au bref questionnaire.

Pour vous simplifier la tâche, les questions de sondage se trouvent à la fin du document. Veuillez détacher la ou les pages et les envoyer par télécopie au numéro 1-613-992-3782, ou par la poste à l'adresse suivante :

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
81, rue Metcalfe, bureau 800
Ottawa (Ontario)
Canada K1P 6K7

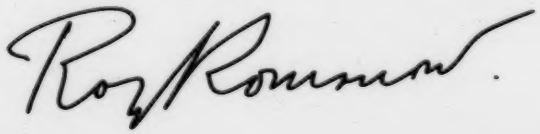
Vous pouvez aussi participer au sondage en ligne au moyen de notre site Web interactif à l'adresse suivante : www.commissionsoinsdesante.ca

Il n'y a ni « bonne » ni « mauvaise » réponse et les résultats ne seront utilisés qu'à titre informatif. Ils permettront de voir comment les réponses des participants s'intègrent dans le contexte global de toutes les réponses reçues, et il ne leur sera attribué aucune valeur scientifique propre. Ces résultats ne seront que l'une des nombreuses sources d'information utilisées par la Commission dans son étude et son analyse du problème. Pour recevoir les autres titres de la série, veuillez nous écrire à l'adresse ci-dessus ou téléphoner au 1-800-793-6161. Voici la liste des autres titres :

- Les soins à domicile au Canada
- L'assurance-médicaments au Canada
- La viabilité du système de soins de santé au Canada
- Le choix des consommateurs dans le système des soins de santé au Canada
- La Loi canadienne sur la santé
- La mondialisation et le système de soins de santé au Canada
- Les ressources humaines dans le système de soins de santé au Canada
- Les interventions médicalement nécessaires : quelles sont-elles et qui décide?

Nous vous remercions de votre contribution à l'avenir du système de soins de santé au Canada et nous espérons que ce document vous sera tout aussi utile que vos réponses le seront pour nous.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations distinguées.



Roy Romanow

L'accès aux soins de santé au Canada

L'accès aux soins de santé constitue une de nos plus grandes préoccupations. Les médias fourmillent de reportages sur la longueur des listes d'attente en chirurgie et dans d'autres spécialités. On y voit aussi des patients installés sur des civières dans les couloirs des hôpitaux qui doivent refuser des ambulances.

La réalité est cependant plus difficile à cerner. Les données précises sur la longueur des périodes d'attente et leurs répercussions sur l'état de santé des gens n'abondent pas.

La Loi canadienne sur la santé prévoit un accès universel aux services de santé, mais il arrive trop souvent que ça ne soit pas le cas. Beaucoup de services ne sont pas couverts par l'assurance-maladie et échappent par conséquent à la capacité de payer de certaines personnes. Dans d'autres cas, les services sont disponibles, mais il faut attendre — parfois plus longtemps qu'on ne le souhaite. Des gens vivent loin des grandes villes où sont dispensés une grande partie des soins. D'autres personnes doivent surmonter des obstacles linguistiques ou culturels pour obtenir les soins dont elles ont besoin.

Il ne peut y avoir de solution unique ou simple à un problème aussi complexe.

Ce document porte sur trois des nombreux plans d'action possibles que le Canada peut choisir pour améliorer l'accès aux soins de santé :

I. La gestion centralisée des listes d'attente — Nous recevons généralement des soins rapides pour des problèmes urgents. Beaucoup de Canadiens craignent cependant que les longues périodes d'attente qu'ils doivent subir pour des interventions électives ne nuisent à leur état de santé. D'autres affirment qu'une période d'attente raisonnable permet aux patients et aux médecins d'être sûrs qu'ils ont choisi le meilleur traitement et qu'un système de santé qui pourrait s'occuper de tous les patients sur-le-champ comporterait aussi des périodes d'inactivité qui causeraient du gaspillage. Est-ce possible que les listes d'attente ne soient pas mauvaises en soi et qu'il suffise simplement de mieux les gérer?

II. Une déclaration des droits des patients — Les patients deviennent de plus en plus des « consommateurs de services de santé » et ont certaines attentes à l'égard du système qu'ils financent par leurs impôts, leurs primes et leurs dépenses directes. Certaines administrations préparent des déclarations des droits afin de clarifier les relations entre les patients, ceux qui fournissent les services et les établissements de santé. De telles déclarations des droits pourraient-elles améliorer l'accès aux services de santé pour les consommateurs?

III. Médecines complémentaires et parallèles — Est-il équitable de consacrer la majeure partie de nos budgets de l'assurance-maladie à des services dispensés habituellement par les médecins et les hôpitaux? Face à la popularité croissante des médecines complémentaires et parallèles, serait-il logique d'étendre l'assurance-maladie à un vaste éventail de produits et de services que l'on trouve maintenant en dehors du système médical classique?

Listes d'attente

Les Canadiens se préoccupent des listes d'attente qui s'allongent et des périodes d'attente qui sont trop longues. Ils craignent aussi que certains services ne soient pas disponibles quand ils en auront besoin. Les soins d'urgence sont habituellement dispensés sur-le-champ, mais la durée des périodes d'attente pour subir des interventions planifiées, comme le remplacement d'une hanche, baigne dans le mystère.

La plupart des spécialistes établissent leurs propres listes d'attente — il peut donc y en avoir des centaines pour une intervention donnée. Certaines sont longues, d'autres sont courtes; certaines évoluent rapidement, d'autres pas. Chaque spécialiste décide qui il y inscrit et détermine la priorité qu'il accorde au patient.

Comme il n'existe pas une seule liste coordonnée, nous ne savons pas qui attend et pendant combien de temps. Les patients et leur médecin de famille ne savent pas quel spécialiste choisir pour se faire traiter rapidement. Nous savons toutefois que des personnes qui sont aussi malades les unes que les autres attendent d'obtenir le même service pendant des périodes différentes. Pour une intervention visant à traiter une hernie, il faudra attendre une semaine ou un an à Saskatoon — tout dépend non pas de l'urgence du cas, mais du spécialiste consulté.

Nous pourrions nous débarrasser des listes d'attente en dotant le système de santé d'une surcapacité importante, mais il en coûterait une fortune. En fait, une brève période d'attente n'est pas nécessairement mauvaise : si la date est réservée, l'incertitude disparaît et les patients ont le temps de mettre de l'ordre dans leurs affaires et de se préparer au traitement. Il peut même y avoir du bon dans une liste d'attente, si elle signifie que les patients dont le besoin est plus urgent réussissent à se faire soigner avant ceux qui sont moins malades.

Le problème, c'est que nous ne coordonnons pas nos listes d'attente. Nous ne savons pas si les gens attendent trop longtemps et nous ne pouvons garantir que les plus malades ont la priorité. Nous ne savons pas si le volume du service fourni correspond bien au volume nécessaire, ou si c'est tout simplement que nous ne sommes pas efficients. Nous ne savons même pas si les périodes d'attente sont aussi longues qu'on le croit. Pour preuve, lorsque trois provinces ont étudié leurs listes d'attente au cours des années 90, aucune n'a constaté que les périodes d'attente étaient beaucoup plus longues en 1998 qu'en 1992-1993. Des statistiques plus récentes d'une des provinces semblent toutefois indiquer que les périodes d'attente ont tendance à allonger lentement. Tant que les listes d'attente ne seront pas mieux gérées, nous n'aurons aucune certitude.

Plan d'action : Dans le domaine de la santé, il faudrait centraliser les listes d'attente et elles devraient être coordonnées par des régies régionales ou provinciales, et non pas par des fournisseurs de service ou des établissements particuliers.

Les patients sont souvent inscrits sur des listes de soins « électifs » qui sont médicalement nécessaires sans être urgents. Si l'on centralisait la gestion des listes d'attente, tous les patients d'une province ou d'une région qui attendent de recevoir le même traitement figureraient sur la même liste. Les médecins se fonderaient sur des paramètres normalisés et objectifs afin de déterminer si le patient bénéficierait du traitement et en définir l'urgence (compte tenu du risque de décès, de douleur et d'incapacité, ainsi que de l'impact sur sa qualité de vie). On fixerait des périodes d'attente maximales pour chaque niveau d'urgence. On gérerait la liste de façon à garantir que personne n'attende plus longtemps que la période maximale prévue et que les cas les plus urgents soient traités en premier. On suivrait les patients pour modifier la place qu'ils occupent sur la liste si leur état de santé change, et pour mesurer les effets de la période d'attente et du traitement.

Un système centralisé peut permettre aux patients et aux médecins de choisir entre leur spécialiste préféré dont la liste d'attente est plus longue, et celui qui est disponible plus rapidement. Dans l'un ou l'autre cas, les patients savent à peu près pendant combien de temps ils devront attendre et ils peuvent donc faire un choix éclairé.

Le principal modèle de listes d'attente gérées de façon centralisée est le Cardiac Care Network of Ontario, mis sur pied pour réagir aux préoccupations de la population qui craignait que des patients atteints de problèmes cardiaques ne meurent en attente de traitement. À l'époque, il n'y avait pas suffisamment d'information disponible pour déterminer si c'était le cas. L'enquête a non seulement montré que la période d'attente pour un pontage coronarien en Ontario s'était allongée considérablement, mais aussi qu'elle variait énormément — de 30 jours dans une ville à 73 dans une autre. La mise sur pied du réseau a raccourci la durée des périodes d'attente, qui sont devenues plus équitables. Le Projet de liste d'attente de l'Ouest du Canada (PLAOC) s'est inspiré de ce réseau pour mettre au point des outils de gestion des listes d'attente pour certaines interventions.

ARGUMENTS POUR

La gestion centralisée des listes d'attente peut éliminer l'iniquité. Conjugués à la surveillance des personnes inscrites sur la liste, des critères objectifs d'inclusion et de classement des patients signifient que les cas les plus urgents passent en premier et que la liste comprend seulement ceux qui doivent s'y trouver.

Le Cardiac Care Network a réussi à raccourcir les périodes d'attente. En 1999-2000, les périodes d'attente en chirurgie cardiaque pour les adultes étaient plus courtes qu'au cours de n'importe laquelle des six années précédentes. La durée moyenne des périodes d'attente était alors de 34 jours dans le cas des chirurgies électives (comparativement à 62 en 1995), de huit jours dans les cas semi-urgents (par rapport à 13 en 1995), et de trois jours dans les cas urgents (même chose qu'en 1995).

Ajouter simplement de l'argent ne règle pas les problèmes des listes d'attente à long terme. Parfois, le simple fait d'ajouter plus de ressources rallonge même les listes, parce que si les médecins pensent que les listes d'attente sont plus courtes, ils peuvent y faire inscrire des patients qu'ils n'auraient pas jugés assez malades pour les traiter dans un système où les contraintes financières sont plus importantes. De plus, lorsqu'on injecte de nouveaux fonds pour éliminer une accumulation, il se peut que les patients dont le cas est plus urgent et que l'on vient d'ajouter à la liste doivent attendre pendant que l'on traite des patients moins malades qui attendent depuis plus longtemps.

Les listes d'attente centralisées peuvent fournir l'information nécessaire à une bonne planification et à une bonne gestion. Les gouvernements, les régies de la santé et les hôpitaux peuvent investir l'argent là où il fera le plus de différence.

ARGUMENTS CONTRE

Pour gérer les listes d'attente avec succès, il faut consacrer davantage d'argent à l'administration et, probablement aussi, aux soins des patients. La gestion du Cardiac Care Network coûte 1,75 million de dollars par année, argent que l'on pourrait autrement consacrer directement aux soins des patients. La plupart des soins dont la liste d'attente est gérée reçoivent plus d'argent, et ces listes n'auraient peut-être pas été aussi efficaces sans ces nouvelles sommes. L'argent supplémentaire élimine au moins les accumulations : les listes d'attente centralisées peuvent donc partir du bon pied. De plus, les soins faciles à gérer par des listes d'attente peuvent attirer plus d'attention et obtenir plus d'argent au détriment de types de soins moins faciles à mesurer mais tout aussi importants.

Nous ne savons pas s'il est possible de répéter la réussite du Cardiac Care Network dans d'autres provinces et d'autres services. L'état des soins cardiaques en Ontario au cours des années 90 était peut-être un cas unique. Le réseau a-t-il réussi parce qu'il a centralisé ses listes d'attente, parce qu'il avait de bons partenaires et plus d'argent, ou parce que les soins cardiaques se prêtent plus facilement à un tel système? Les spécialistes sont d'avis que tous ces facteurs ont joué un rôle. Le Projet de liste d'attente de l'Ouest du Canada a démontré qu'il est plus difficile d'établir des paramètres normalisés dans le cas de certains services de diagnostic, comme l'imagerie à résonance magnétique.

Se fier uniquement aux démarches normalisées peut être trop rigide. Il y aura des exceptions aux règles. Si les médecins trouvent que les paramètres « objectifs » de mesure des priorités ne peuvent être outrepassés à l'occasion par leur jugement clinique ou d'autres facteurs, ils perdront confiance dans le système.

Les enjeux reliés aux valeurs peuvent être impossibles à résoudre. On tient compte de facteurs non-médicaux comme l'âge ou la situation d'emploi lorsqu'on inscrit une personne sur une liste d'attente (faudrait-il traiter une mère monoparentale plus rapidement qu'un retraité?). Les listes d'attente centralisées peuvent aussi faire craindre que les gouvernements rationneront les soins en décidant arbitrairement dans quelle mesure les gens doivent être malades pour être traités. Par ailleurs, la gestion des listes d'attente peut nous obliger à prendre des décisions difficiles : quels problèmes auront la priorité dans le système de santé? Médecins et patients pourront rejeter le meilleur système de gestion au monde s'ils ne sont pas satisfaits de la façon dont on y traite ces grandes questions.

QUESTIONS DU SONDAGE

Veuillez consulter la page 11 pour les questions du sondage portant sur cette section.

Une déclaration des droits des patients

Dans notre société riche en information, les patients peuvent se considérer comme des « consommateurs de soins de santé » qui ont des options et des droits. Certaines administrations sont en train de définir ces droits dans des déclarations des droits ou des chartes officielles. Ces documents sont souvent des engagements vagues envers les soins de qualité, mais à l'occasion ils établissent des normes de rendement applicables en vertu de la loi. La plupart expriment des valeurs et des sentiments communs au sujet du système de santé. Certains promettent l'accès à des services précis dans des délais garantis, mais c'est loin d'être la norme.

Au Canada, la Loi canadienne sur la santé confère déjà aux patients des droits importants, y compris celui d'avoir accès à un large éventail de services de santé financés par le secteur public. On a aussi recouru aux tribunaux pour interpréter ces droits et les étendre. Quel rôle joueraient donc des déclarations des droits des patients dans l'amélioration de l'accès aux services de santé? Garantiraient-elles des soins plus rapides et meilleurs ou assisterons-nous simplement à des accusations, des conflits de compétence et des litiges?

Le Nouveau-Brunswick est la première province du Canada à envisager une charte officielle, charte qui est toujours en rédaction. Elle affirme le droit des individus à des soins médicalement nécessaires, mais elle leur rappelle aussi leur devoir de « mener une vie saine ». Elle ne précise aucune norme ni garantie quant aux périodes d'attente, et ni les droits ni les responsabilités qu'elle décrit ne sont applicables en vertu de la loi. Ses défenseurs surveilleront plutôt l'application de la charte et s'occuperont des plaintes. On prévoit aussi des réformes du système de santé de la province pour mettre en vigueur les engagements énoncés dans la charte.

Cette charte n'est pas encore en vigueur, mais d'autres le sont. Il y a presque 30 ans, l'American Hospital Association a adopté une déclaration des droits où l'on promettait aux patients respect, vie privée, autonomie et un rôle clair dans les décisions relatives aux traitements. Aux États-Unis, la tendance des régimes d'assurance de soins à limiter le choix et l'accès à certains services a incité des législateurs fédéraux et des États à adopter des déclarations des droits des patients, ou à envisager de le faire.

En 1991, le Royaume-Uni a fait l'essai d'une charte des droits des patients pour ceux couverts par le Service national de santé (NHS) public. Le NHS avait des problèmes tellement énormes que le gouvernement a laissé tomber la charte et a plutôt lancé un ambitieux plan de réforme de 10 ans. Après une injection massive d'argent, le NHS a adopté une série d'engagements à l'égard du service, y compris des garanties très précises quant aux périodes d'attente maximales.

Plan d'action : Tous les gouvernements devraient s'entendre sur une déclaration des droits des patients commune qui définirait les normes de soins et garantirait aussi l'accès.

Le code des droits des consommateurs de services de santé et de services aux personnes handicapées adopté par la Nouvelle-Zélande en 1996 pourrait être un bon exemple pour le Canada. Le code en 10 points établit les droits des patients et les obligations de tous les fournisseurs de services, y compris d'un grand nombre d'intervenants (comme les naturopathes) qui se trouvent en dehors des grands courants de la médecine.

Les droits sont toutefois généraux. Ils incluent, par exemple, le droit au respect, à la dignité, à l'information et à l'accès à des « services d'une qualité appropriée ». Cela signifie que les professionnels de la santé doivent se conformer aux normes légales, professionnelles, déontologiques et autres et dispenser des services « avec une diligence et une compétence raisonnables… de façon à réduire au minimum les préjudices possibles pour les consommateurs et à optimiser leur qualité de vie… ».

Au Royaume-Uni, le Guide du Système national de santé 2000 est plus précis face aux droits des patients. Il limite la durée maximale des périodes pendant lesquelles il faut attendre pour recevoir des services de santé : en 2005, les patients du NHS n'attendront pas plus de trois mois dans le cas d'un rendez-vous en service externe et pas plus de six mois pour être admis à l'hôpital. Dans les cas de douleurs à la poitrine ou lorsqu'on soupçonne un cancer, l'aiguillage se fera dans les deux semaines.

ARGUMENTS POUR

Une déclaration des droits des patients peut donner un sentiment d'équité. Les patients bénéficient d'un énoncé clair des services auxquels ils peuvent s'attendre et savent quand et comment ces services leur seront dispensés. Lorsque les droits sont énoncés en termes simples, surtout s'ils ont force de loi, les patients savent qu'ils sont protégés et qu'ils sont traités équitablement.

Les patients insatisfaits des services de santé qu'ils reçoivent peuvent sentir qu'ils ont des pouvoirs. Les déclarations des droits des patients s'appuient en général sur un éventail de mécanismes d'application comme les ombudsmen, les médiateurs et les commissaires aux plaintes. Quand les patients ne sont pas satisfaits des soins qu'ils ont reçus, ces intervenants constituent une solution de rechange facile d'accès et peu coûteuse par rapport au recours aux tribunaux ou aux plaintes devant un organisme professionnel.

Les déclarations des droits des patients peuvent aussi servir de moyen d'éducation : La liste des droits des patients (et aussi de leurs responsabilités, comme au Nouveau-Brunswick) peut aider les patients, les fournisseurs de soins et les administrateurs de la santé à mieux comprendre les droits des patients et les limites du système de santé.

Des déclarations des droits des patients efficaces peuvent aider à améliorer le système de santé. Les fournisseurs de services disposent de normes quantifiables de soins cliniques et d'amélioration de la santé. La diffusion des évaluations de leur rendement en fonction de ces normes peut éclairer le débat et obliger les gouvernements à rendre compte des améliorations apportées au système.

ARGUMENTS CONTRE

Une déclaration des droits des patients ne change rien — c'est l'argent qui a du poids. L'expérience de la Grande-Bretagne a démontré qu'une déclaration des droits qui n'a pas d'appui est vouée à l'échec. Les promesses relatives à la prestation des soins doivent s'appuyer sur des mécanismes qui transforment les promesses en interventions. Dans le cas du NHS, ça a signifié une refonte gigantesque du système, incluant des augmentations de 6,3 % des budgets annuels pendant 10 ans.

Une déclaration des droits peut être trop rigide. Il se peut que les fournisseurs de services, entravés par les règles et les budgets du système de santé — sans compter des facteurs extérieurs, comme par exemple un accident d'autobus — ne puissent être à la hauteur des attentes des patients, même avec les meilleures intentions du monde.

Les professionnels peuvent résister, surtout s'ils n'ont pas participé à l'élaboration de la déclaration des droits. L'expérience de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni révèle que les fournisseurs de services de santé peuvent résister aux déclarations des droits. Certains sont d'avis que les chartes des droits des patients favorisent une culture de blâme et une tendance à dispenser des services de qualité minimale, plutôt que des améliorations constructives et l'obligation de rendre des comptes. Qui plus est, comme elles visent avant tout les droits de la personne, il se peut que les chartes minent les efforts déployés pour régler les problèmes systémiques.

Rien ne prouve qu'il faut qu'une déclaration des droits uniforme dans tout le Canada. Le Canada est tellement vaste et les ressources varient tellement entre les collectivités qu'il faudrait fixer la barre des normes d'accès à un niveau tellement bas qu'elle ne voudrait rien dire.

QUESTIONS DU SONDAGE

Veuillez consulter les pages 11 et 12 pour les questions du sondage portant sur cette section.

Médecines complémentaires et parallèles et ceux qui fournissent ces services

Pendant que le débat sur les soins de santé porte en grande partie sur l'accès aux services conventionnels, on oublie un autre vaste monde de produits et de pratiques de santé. Appelés collectivement médecines complémentaires et parallèles, ces produits et services comprennent des produits comme les herbes médicinales, les vitamines et les minéraux, et des services comme la chiropractie, la naturopathie, l'homéopathie, la massothérapie, l'acuponcture, la réflexologie et le ressourcement autochtone traditionnel. On considère que ces moyens sont complémentaires lorsqu'ils s'ajoutent aux interventions régulières et parallèles, s'ils les remplacent.

Il y a des provinces qui subventionnent maintenant quelques thérapies complémentaires et parallèles, mais la couverture est inégale et limitée. Serait-il logique de les couvrir intégralement par l'assurance-maladie? Le financement public améliorerait-il l'accès à ces thérapies, allégerait-il la pression qui s'exerce sur la médecine conventionnelle et améliorerait-il l'état de santé de la population canadienne?

Une enquête menée en 1997 a révélé que 70 % des répondants étaient d'avis que les régimes provinciaux d'assurance-maladie devraient couvrir les traitements complémentaires et parallèles, même si on ne leur a pas demandé d'où les fonds devraient provenir. Une autre étude réalisée au cours de la même année a révélé que 60 % des répondants étaient d'avis que le secteur privé devrait payer ces services. La plupart des répondants en faveur du financement public ont soutenu qu'il faudrait puiser l'argent à même d'autres budgets de la santé.

Nombreuses sont les opinions, mais quels sont les faits? Il n'y en a pas beaucoup. Nous ne savons pas, par exemple, si le financement public augmenterait le recours aux interventions complémentaires et parallèles ou s'il aurait des répercussions sur l'utilisation d'autres thérapies comme la médication et la chirurgie. Nous ne savons pas si l'accès à des soins non conventionnels pose problème. Beaucoup de gens y ont déjà accès, même sans assurance-maladie (70 % des Canadiens ont déclaré utiliser un ou plusieurs produits de santé naturels en 1999, total en hausse par rapport à 56 % à peine deux ans plus tôt, et 25 % avaient consulté un praticien des médecines complémentaires ou parallèles). On estime que les Canadiens dépensent 3,8 milliards de dollars par année en produits et services complémentaires et parallèles et articles connexes. Le recours à ces interventions est tout aussi populaire chez les gagne-petit que chez les personnes à revenus élevés.

Les Canadiens qui ont de l'assurance dépensent à peu près autant que ceux qui n'en ont pas. Les régimes d'assurance provinciaux offrent une couverture à la pièce pour quelques-uns des traitements non conventionnels les plus établis. Il n'y a pas de statistiques intégrées sur la nature et l'étendue de l'assurance privée.

Les caractéristiques économiques de ces thérapies sont intrigantes parce que la science qui les sous-tend est loin d'être concluante. Beaucoup de ces traitements existent depuis des millénaires, mais la recherche en ce domaine en est à ses premiers pas. La plupart des spécialistes sont d'avis qu'il est presque impossible d'en évaluer la valeur tant que nous n'aurons pas davantage de preuves de l'efficacité de ces produits et services. Nous avons besoin de ces preuves avant d'envisager de les couvrir par l'assurance-maladie.

Plan d'action : Le régime de santé financé par le secteur public devrait couvrir les médecines complémentaires et ceux qui fournissent ces services.

Il n'y a pas de modèle d'assurance publique intégrant des médecines complémentaires et parallèles parce que les lignes de démarcation sont trop floues. Si les gouvernements devaient envisager une telle politique, il serait raisonnable de commencer auprès des professions qui sont actuellement réglementées dans certaines provinces (ce qui signifie habituellement que leurs membres sont autorisés à pratiquer par un « ordre » qui établit les normes de la profession et donne suite aux plaintes des patients). Ces professionnels comprennent les chiropraticiens, les ostéopathes, les massothérapeutes et les naturopathes.

L'assurance-maladie pourrait couvrir les produits complémentaires et parallèles — à condition qu'ils soient réglementés et qu'on ait démontré qu'ils sont sûrs et efficaces. Il est toutefois peu probable que cela se produise si nous n'établissons pas d'abord un programme d'assurance pour les médicaments conventionnels qui ne sont pas actuellement couverts en vertu de la Loi canadienne sur la santé.

ARGUMENTS POUR

Les consommateurs devraient avoir un accès équitable à des thérapies sûres et efficaces. Les Canadiens se tournent souvent vers les thérapies complémentaires et parallèles lorsque les remèdes courants ne donnent pas de résultats. Tant que ces traitements sont sans danger et efficaces, le secteur public devrait les appuyer. La couverture d'assurance est actuellement inégale. La couverture par l'assurance-maladie l'uniformiserait et la rendrait équitable.

Le financement public exige une réglementation, ce qui pourrait améliorer l'accès aux médecines complémentaires et parallèles. Les Canadiens bénéficieront de règlements qui obligent à informer davantage les consommateurs, imposent de bonnes pratiques de fabrication et des normes professionnelles dans le cas de soins non conventionnels.

L'assurance publique rapprocherait davantage les fournisseurs de produits et services complémentaires et parallèles des milieux conventionnels de la santé. Ce qui protégerait leur droit de pratiquer, améliorerait leurs possibilités de carrière et garantirait qu'ils se conforment à des normes appropriées de professionnalisme.

Les partisans américains d'une assurance élargie soutiennent que c'est économique à long terme. Beaucoup des thérapies coûtent moins cher que les traitements classiques et certains prétendent qu'elles peuvent aider à prévenir la maladie parce qu'elles sont axées sur le maintien de la santé. Des recherches américaines indiquent que les consommateurs réguliers de soins complémentaires et parallèles ont moins recours aux médicaments d'ordonnance et aux médecins. Une étude effectuée au Canada révèle que 18 % des adultes préfèrent utiliser un produit de santé naturel plutôt que des médicaments conventionnels.

ARGUMENTS CONTRE

Les coûts pourraient être prohibitifs. Il n'existe pas d'analyse détaillée des répercussions du financement complet, par le secteur public, des médecines complémentaires et parallèles au Canada. Des recherches menées aux États-Unis indiquent toutefois que l'assurance augmente le nombre des consultations de praticiens conventionnels et parallèles. Une étude effectuée au Canada révèle que 27 % des consommateurs préfèrent consulter à la fois un médecin et un praticien d'une discipline parallèle, ce qui ne réduirait pas les coûts.

Nous ne pouvons nous entendre sur les normes qui prouvent l'efficacité des médecines complémentaires et parallèles. Afin de justifier un investissement important de fonds publics, les gouvernements ont besoin de preuves crédibles de l'efficacité des médecines complémentaires et parallèles. Les critiques parlent de la pénurie d'études cliniques randomisées, « l'étalon-or » des preuves médicales occidentales, qui pourraient démontrer les avantages des traitements. La recherche qui existe est souvent non concluante et loin d'être complète. Des études scientifiques appropriées coûteraient aussi très cher.

Financer la pratique des médecines complémentaires et parallèles comme les interventions conventionnelles pourrait rapprocher davantage ces deux grands courants. Cependant, les praticiens de la santé, qu'ils pratiquent la médecine conventionnelle ou des disciplines complémentaires et parallèles, ne sont pas tous en faveur d'une telle intégration. Les médecines complémentaires et parallèles soulèvent encore beaucoup de doutes chez certains médecins occidentaux à cause du manque de données probantes scientifiques. Certains praticiens de disciplines complémentaires et parallèles, quant à eux, craignent que l'intégration n'entraîne la domination de la médecine conventionnelle et la disparition de leur orientation sur le « mieux-être » et la participation des patients.

QUESTIONS DU SONDAGE

Veuillez consulter la page 12 pour les questions du sondage portant sur cette section.

Remerciements

Ce document a été produit par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, en partenariat avec la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Les sujets et les plans d'action tiennent compte des questions clés qui ont été soulevées au cours des consultations que la Commission a tenues jusqu'ici et pour lesquelles la Fondation a pu trouver des conclusions de recherche pertinentes pour aider à éclairer le débat.

L'exactitude et l'impartialité du document ont été examinées par les experts suivants, mais la responsabilité finale incombe à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé :

Charles Wright
Vice-président, Medical et Academic Affairs,
Vancouver General Hospital et
Professeur, Health Care et Epidemiology,
Université de la Colombie-Britannique

Heather Boon
Faculté de pharmacie
Département de l'évaluation et de la gestion des politiques en matière de santé
Université de Toronto

John McGurran
Health System Consulting et Project Management,
Directeur de projet, Projet des listes d'attente de l'Ouest canadien

Une bibliographie complète de la recherche utilisée pour préparer ces documents se trouve à : www.commissionsoinsdesante.ca.

Instructions du sondage

Veuillez détacher les pages suivantes et nous les envoyer par télécopieur au :
(613) 992-3782

ou par la poste à :
Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada
81, rue Metcalfe, bureau 800
Ottawa (Ontario)
Canada K1P 6K7

Pour plus d'informations :
Appeler sans frais 1-800-793-6161
www.commissionsoinsdesante.ca

Merci

Questions du Sondage

Pour chacune des questions suivantes, veuillez indiquer votre opinion en cochant la case appropriée.

Liste d'attente

	Tout à fait d'accord	d'accord	Neutre	En désaccord	Tout à fait En désaccord
1. La gestion centralisée des listes d'attente pour les soins facultatifs améliorera les soins de santé au Canada.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Le gouvernement devrait augmenter les dépenses dans le domaine de la santé pour centraliser la gestion des listes d'attente pour les soins facultatifs.	❑	❑	❑	❑	❑
3. Le gouvernement devrait dépenser assez d'argent pour éliminer complètement les listes d'attente, même si conséquemment le système avait souvent beaucoup de ressources inutilisées.	❑	❑	❑	❑	❑
4. J'aimerais mieux voir le premier spécialiste disponible plutôt que d'attendre plus longtemps pour voir un spécialiste en particulier.	❑	❑	❑	❑	❑
5. Je serais disposé(e) à faire un voyage d'une durée maximale de cinq heures pour obtenir des soins plus rapides ailleurs.	❑	❑	❑	❑	❑
6. Croyez-vous que la gestion des listes d'attente devrait être la responsabilité individuelle des médecins ou la responsabilité des autorités centrales?	❑	❑	❑	❑	❑

Une déclaration des droits des patients

	Tout à fait d'accord	d'accord	Neutre	En désaccord	Tout à fait En désaccord
1. Une déclaration commune des droits des patients définissant les normes en matière de soins, y compris les garanties d'accès comme le temps d'attente maximal pour les soins facultatifs améliorera les soins de santé au Canada.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Une déclaration des droits des patients augmenterait les attentes du public par rapport aux services de santé à un point dépassant les capacités du système de santé.	❑	❑	❑	❑	❑
3. Êtes-vous en accord ou en désaccord pour dire que les gouvernements ne devraient mettre en œuvre une déclaration des droits des patients qu'après avoir ajouté des ressources considérables au système et renseigné abondamment les fournisseurs de soins de santé?	❑	❑	❑	❑	❑
4. Une déclaration des droits des patients devrait-elle décrire les normes de rendement souhaitées ou offrir des garanties explicites quant à la ponctualité du traitement?	❑	❑	❑	❑	❑
5. Une déclaration des droits des patients devrait inclure la responsabilité des patients.	❑	❑	❑	❑	❑
6. Les organisations dans le système de santé devraient être évaluées par rapport aux objectifs de la déclaration des droits des patients, et être tenues responsables d'atteindre ces objectifs.	❑	❑	❑	❑	❑

MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES ET PARALLÈLES

	Tout à fait d'accord	d'accord	Neutre	En désaccord	Tout à fait En désaccord
1. La couverture des médecines douces et complémentaires par l'assurance maladie améliorera les soins de santé au Canada.	❑	❑	❑	❑	❑
2. Lequel des énoncés suivants reflète le mieux votre point de vue?					
Le gouvernement devrait-il augmenter les dépenses dans le domaine de la santé pour faire couvrir les médecines douces et complémentaires par l'assurance maladie?	❑	❑	❑	❑	❑
OU					
Les gens qui désirent utiliser des médecines douces ou complémentaires devraient-ils en assumer eux-mêmes les frais?	❑	❑	❑	❑	❑
3. Lequel de ces énoncés reflète le mieux votre point de vue?					
Il nous faut des preuves scientifiques que chaque produit et service de médecine douce ou complémentaire fonctionne avant que le système de santé en couvre les frais.	❑	❑	❑	❑	❑
OU					
Le système de santé devrait couvrir tous les produits et services que les organisations de praticiens en soins de santé jugent appropriées.	❑	❑	❑	❑	❑
4. Lequel de ces énoncés suivants reflète le mieux votre point de vue?					
Les médecins devraient être les seules personnes autorisées à offrir des services de médecines douces ou complémentaires.	❑	❑	❑	❑	❑
OU					
Les organisations de praticiens devraient décider qui est autorisé à offrir des services de médecines douces ou complémentaires.	❑	❑	❑	❑	❑
5. Il m'est déjà arrivé de vouloir utiliser des services de médecines douces ou complémentaires, mais ils étaient trop chers.	❑	❑	❑	❑	❑

INFORMATION REQUISE POUR L'ANALYSE

Veuillez nous fournir l'information suivante requise pour l'analyse. Merci.

Sexe : ❑ homme ❑ femme

Âge : ❑ 18 ans et moins ❑ 19 à 29 ans ❑ 30 à 49 ans ❑ 50 à 65 ans ❑ plus de 65 ans

Votre province ou territoire de résidence : _____

Suite ...

Revenu annuel total du ménage, avant déductions : (question optionnelle)

Choisissez :

❑ < 20 000 $
❑ 20 000 $ – 39 999 $
❑ 40 000 $ – 59 999 $
❑ 60 000 $ – 79 999 $
❑ 80 000 $ – 99 999 $
❑ 100 000 $ ou plus

Niveau de scolarité atteint : (question optionnelle)

Choisissez :

❑ Élémentaire
❑ Études secondaires
❑ Collège communautaire/technique ou CEGEP
❑ Grade supérieur
❑ Certificat professionnel
❑ Baccalauréat

Êtes-vous un professionnel de la santé? (question optionnelle)

❑ Oui ❑ Non

Au cours de la dernière année, combien de fois environ avez-vous recouru personnellement au système de soins de santé (par exemple, consultation d'un généraliste ou d'un spécialiste, période d'hospitalisation ou soins en salle d'urgence) : (question optionnelle)

Choisissez :

❑ de 0 à 3 fois
❑ de 4 à 6 fois
❑ de 7 à 9 fois
❑ 10 fois ou plus

Commission sur l'avenir
des soins de santé au Canada
81, rue Metcalfe, bureau 800
Ottawa (Ontario)
Canada K1P 6K7
Sans frais 1-800-793-6161
www.commissionsoinsdesante.ca